

Diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde por indivíduos com *diabetes mellitus* tipo 2

Gender differences in the use of health services by type 2 diabetes mellitus individuals

Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira¹, Nayara Ragi Baldoni², Julieta Ueta³, Laercio Joel Franco⁴

1. Mestre em Ciências. Doutorando do Programa Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
2. Mestre em Ciências. Doutoranda do Programa Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
3. Pós-doutora em Bioquímica. Docente da Faculdade de Ciências Farmacêuticas de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.
4. Pós-doutor em Epidemiologia Clínica. Docente da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo.

CONTATO: Rinaldo Eduardo Machado de Oliveira | Avenida Bandeirantes, 3900 | Bairro Monte Alegre | Ribeirão Preto | São Paulo | CEP 14049-900 | E-mail: rinaldo.eduardo@usp.br

Agência Financiadora: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) Manuscrito baseado na Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde na Comunidade da Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo em 18/07/2016 intitulada: Adesão ao tratamento medicamentoso do *Diabetes mellitus* tipo 2 na Estratégia Saúde da Família: análise na perspectiva de gênero. 119p.

Resumo Objetivo: Analisar as diferenças de gênero na utilização dos serviços de saúde dos indivíduos com diabetes tipo 2. **Métodos:** Trata-se de um estudo transversal realizado com 100 mulheres e 100 homens em Unidades de Saúde da Família de Ribeirão Preto, São Paulo. As variáveis de interesse foram sociodemográficas, estilo de vida e clínicas. **Resultados:** Predominou-se a autopercepção da saúde como muito boa/boa nos homens (61%) e mulheres (51%). O consumo do álcool foi maior nos homens (28%) que nas mulheres (4%). O tabagismo foi três vezes mais frequente entre os homens (18%). A maioria dos homens (73%) e mulheres (67%) utilizavam as Unidades de Saúde da Família para o tratamento do diabetes. A média de doenças autorreferidas associadas ao diabetes foi de 2,5 nas mulheres e 1,6 nos homens. **Conclusões:** Verificaram-se diferenças na relação entre gênero e cuidados em diabetes.

PALAVRAS-CHAVE: Diabetes Mellitus Tipo 2. Doença Crônica. Gênero e Saúde. Acesso aos Serviços de Saúde. Estratégia Saúde da Família.

Abstract **OBJECTIVE:** To analyze the gender differences in the use of health services by type 2 diabetes individuals. **METHODS:** This is a cross-sectional study with 100 women and 100 men in Family Health Units of the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo. The variables of interest were the sociodemographic, lifestyle and clinical ones. **RESULTS:** Health self-perception as very good/good predominated in men (61%) and women (51%). Alcohol consumption was higher in men (28%) than in women (4%). Smoking was three times more frequent among men (18%). Most men (73%) and women (67%) went to the Family Health Units to treat diabetes. The mean number of self-reported diabetes-associated diseases was 2.5 in women and 1.6 in men. **CONCLUSIONS:** There were differences in gender-diabetes care relationship.

KEYWORDS: Diabetes Mellitus, Type 2. Chronic Disease. Gender and Health. Health Services Accessibility. Family Health Strategy.

Introdução

O elevado número de pessoas com *diabetes mellitus* tipo 2 (DM2) pode ser justificado por mudanças na estrutura etária com o envelhecimento da população concomitantemente às alterações no padrão nutricional, econômico e social¹. No Brasil, um estudo realizado em 2013 estimou a prevalência de diabetes autorreferido em 7% nas mulheres e 5,4% entre os homens².

Evidências na literatura mostraram que há diferenças entre os gêneros e determinantes sociais de saúde^{3,5}. Durante o processo evolutivo, as mulheres adquiriram uma possível proteção cardiovascular relacionada aos fatores hormonais. Entretanto, verifica-se maior prevalência de demências e depressão, com redução da expectativa de vida livre de incapacidades. Já os homens estão mais vulneráveis a problemas com álcool, tabaco,

acidentes, homicídios, câncer de pulmão e doenças cardiovasculares^{5, 6}.

As diferentes atitudes em relação às doenças e incapacidades também são notórias. As mulheres estão mais atentas aos sinais, sintomas e prezam pelo autocuidado. Nos serviços de saúde observa-se elevada presença de mulheres e isso parece estar relacionado a fatores sociais e culturais⁷. Enquanto que os homens, em grande maioria, buscam os serviços de saúde nas situações extremas de emergência, atendimento especializado ou quando estão impossibilitados de exercer seu papel de trabalhador. A procura pelos serviços por fins preventivos ainda é pequena⁸.

No cuidado com o diabetes, estudos associando a doença e gênero são escassos. A maioria das pesquisas é relacionada às taxas de prevalência de diabetes entre os homens e mulheres^{2,4}. Assim, o objetivo deste artigo é analisar

as diferenças nas condições de saúde e utilização dos serviços entre homens e mulheres com diabetes tipo 2 cadastrados (as) em Unidades de Saúde da Família (USFs) de Ribeirão Preto, São Paulo.

Métodos

Trata-se de um estudo transversal e a coleta de dados foi realizada no período de novembro de 2015 a abril de 2016 em seis USFs, do Distrito Sanitário Oeste de Ribeirão Preto, São Paulo. A população em estudo foi a de pessoas com DM2, adultas, de ambos os gêneros, cadastradas nas USFs estudadas e em uso de medicamentos. Os dados obtidos são oriundos da pesquisa intitulada: “Adesão ao tratamento medicamentoso do Diabetes mellitus tipo 2 na Estratégia Saúde da Família: análise na perspectiva de gênero”.

O processo amostral considerou a frequência de indivíduos com DM2 com taxa de adesão ao tratamento medicamentoso de 75%, margem de erro de 6% e erro do tipo alfa de 5%. A amostra obtida foi de 200 indivíduos, a qual foi estratificada em quatro grupos: I – 50 indivíduos com DM2 do sexo feminino na faixa etária de 18 – 59 anos; II – 50 indivíduos com DM2 do sexo feminino na faixa etária de 60 anos ou mais; III – 50 indivíduos com DM2 do sexo masculino na faixa etária de 18 – 59 anos e IV – 50 indivíduos com DM2 do sexo masculino na faixa etária de 60 anos ou mais. Realizaram-se entrevistas individuais com aplicação de questionários cujas informações foram armazenadas em dispositivos eletrônicos. Previamente à realização do trabalho de campo foi realizado um teste piloto com 10 participantes em uma USF não selecionada para o estudo. O objetivo foi analisar a adequação do instrumento de pesquisa, identificar problemas e dificuldades operacionais. Após a realização do teste nenhuma alteração foi necessária. Os participantes desta etapa não foram incluídos na amostra total do estudo.

No questionário deste estudo, as variáveis investigadas foram: gênero autorreferido, idade, cor/raça, escolaridade, estado civil, ocupação e classe econômica, segundo o Critério de Classificação Econômica Brasil 2015, da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (A, B, C, D e E)⁹. No bloco de

cuidados com a saúde foram avaliadas as seguintes variáveis: estado geral de saúde, doenças crônicas autorreferidas, consumo de álcool (estimado por meio da versão resumida do Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso de Álcool – AUDIT C)¹⁰ e tabagismo. Para estimar o consumo de tabaco, utilizou-se o termo “carga tabágica” que reflete a exposição do indivíduo, a partir do número de cigarros consumidos por dia ao longo dos anos. Empregou-se a unidade anos/maço por meio do cálculo de multiplicação do número de maços fumados por dia pelo número de anos como fumante¹¹. No bloco de acesso e utilização dos serviços de saúde incluíram-se as variáveis: serviços de saúde utilizados para tratamento e controle do DM2, frequência de consultas médicas no ano anterior à entrevista e participação em grupos de promoção à saúde na USF com o tema diabetes.

As análises foram realizadas por meio do *software* SAS® 9.2. Na descrição dos dados foram utilizadas medidas de tendência central e de dispersão para variáveis quantitativas e porcentagens para variáveis qualitativas. Na comparação de médias utilizou-se o Test *t* de *Student*. Quando necessário, o nível de significância foi fixado em $p < 0,05$.

O presente trabalho foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa local, com obtenção do Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) nº 47811515.9.0000.5414. Todas as entrevistas foram realizadas após a leitura e assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Resultados

Na amostra estudada, a média de idade das mulheres foi de 63, 9 anos (DP=13,7) e de 59,5 anos (DP=13,9) para os homens. O autorrelato de cor/raça branca foi de 66% em ambos os gêneros. Dentre as mulheres participantes do estudo, 23% relataram ter completado nove ou mais anos de estudo, nos homens esta frequência foi de 22%. A condição aposentada/pensionista predominou entre as mulheres (45%) e empregado/autônomo entre os homens (57%). Quanto ao nível socioeconômico, 43,0% das mulheres e 53,0% dos homens foram

categorizados nos níveis D/E. Em ambos os gêneros, o estado civil predominante foi casado (a) (63% das mulheres e 65% dos homens).

A autopercepção da saúde como muito boa/boa foi menos frequente nas mulheres (51%) do que nos homens (62%). Nos homens, o consumo de álcool foi sete vezes maior (28% vs. 4%) e o tabagismo três vezes maior (18% vs. 6%) em relação às mulheres. A média da carga tabágica entre as mulheres foi de 41,6 anos/maço e de 55,6 anos/maço nos homens, $p < 0,01$. A maioria das mulheres (75%) e homens (83%) referiu não possuir plano privado de assistência à saúde. A utilização da

USF para tratamento do DM2 predominou tanto em mulheres (67%) como em homens (73%). A realização de quatro ou mais consultas médicas para tratamento do DM2 no ano anterior à entrevista foi observada em 58% das mulheres e em 30% dos homens (Tabela 1).

A média de doenças autorreferidas associadas ao DM2 foi de 2,5 (DP=1,4) em mulheres e 1,6 (DP=1,3) em homens. A razão entre mulheres e homens com quatro ou mais doenças foi de 2,5. A distribuição do número de morbidades segundo o gênero está descrita na Tabela 2.

Tabela 1. Descrição das características relacionadas ao estilo de vida e utilização dos serviços de saúde pelos participantes do estudo com diabetes tipo 2 de Unidades de Saúde da Família, segundo o gênero. Ribeirão Preto, SP, 2016

VARIÁVEL	MULHERES n = 100	HOMENS n = 100	RAZÃO MULHERES/HOMENS
Autopercepção de saúde			
Muito boa/Boa	51	62	0,8
Regular/Ruim/Péssima	49	38	1,3
Consumo de álcool*			
Não	96	72	1,3
Sim	4	28	0,1
Tabagismo			
Não	94	82	1,1
Sim	6	18	0,3
Plano privado de saúde			
Não	75	83	0,9
Sim	25	17	1,5
Serviço de Saúde predominantemente utilizado para tratamento do DM2			
Unidade de Saúde da Família	67	73	0,9
Unidade Básica Distrital de Saúde	13	5	2,6
Hospital Público Terciário/Quaternário	2	7	0,3
Consultório Particular/ Plano Privado de Saúde	18	15	1,2
Consulta médica para tratamento do DM2 no ano anterior à entrevista			
Uma vez	6	27	0,2
2 ou 3 vezes	36	43	0,8
4 ou mais vezes	58	30	1,9
Apoio familiar para o tratamento do DM2			
Sim	91	92	0,9
Não	9	8	1,1
Participação em grupos de promoção à saúde na USF com o tema DM2			
Não	88	86	1,1
Sim	12	14	0,8

Conforme o "AUDIT C - Teste para Identificação de Problemas Relacionados ao Uso do Álcool".

Tabela 2. Número de doenças associadas ao diabetes tipo 2 referidas pelos participantes do estudo em Unidades de Saúde da Família, segundo o gênero. Ribeirão Preto, SP, 2016.

NÚMERO DE DOENÇAS ASSOCIADAS AO DIABETES TIPO 2 REFERIDAS	MULHERES n = 100	HOMENS n = 100	RAZÃO MULHERES/ HOMENS
0	12	20	0,6
1	10	32	0,3
2	31	31	1
3	22	7	3,1
4 ou mais	25	10	2,5

Tabela 3. Doenças associadas ao diabetes tipo 2 referidas pelos participantes do estudo em Unidades de Saúde da Família, segundo o gênero. Ribeirão Preto, SP, 2016.

DOENÇAS REFERIDAS	MULHERES n = 100	HOMENS n = 100	RAZÃO MULHERES/ HOMENS
Hipertensão Arterial Sistêmica	70	55	1,8
Dislipidemia	53	30	1,8
Excesso de peso	35	17	1,2
Depressão	33	8	4,1
Problema de Coluna	19	9	2,1
Problema de Tireoide	12	2	6
Problema no Rins	6	5	1,2
Câncer	5	4	1,2
Outras	18	9	2

A hipertensão arterial sistêmica, dislipidemia e excesso de peso lideraram as doenças crônicas autorreferidas associadas ao diabetes em ambos os gêneros. A razão entre mulheres e homens que relataram depressão foi igual a 4,1. Dentre as outras doenças, a hiperplasia prostática benigna foi relatada por 4% dos homens e a osteoporose por 4% das mulheres (Tabela 3).

Discussão

Neste estudo, a maioria dos participantes autorrelatou a saúde sendo muito boa/boa. Contudo, a proporção deste relato foi maior entre os homens. Estudos sobre diferenças de gênero na saúde mostram que, embora vivam mais que os homens, as mulheres relatam com maior frequência o descontentamento com o seu estado geral de

saúde¹². Entre os homens, ainda percebe-se o espírito de masculinidade, associação de doença à fragilidade e o cuidado como uma tarefa feminina^{13, 14}.

O estudo de vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico (Vigitel) de 2014, realizado nas capitais dos 26 estados brasileiros e no Distrito Federal, evidenciou que 5,3% das mulheres avaliaram negativamente o seu estado de saúde, ao passo que a proporção em homens foi de 3,4%. Em ambos os grupos, a frequência dessa condição diminuiu expressivamente com o aumento da escolaridade¹⁵.

O consumo de álcool foi sete vezes maior entre os homens. Este resultado corrobora com evidências da literatura que associa a maior exposição dos homens a fatores de risco como o álcool. A Pesquisa Nacional de Saúde de 2013 estimou o consumo abusivo de álcool em 21,6% dos homens e em 6,6% das mulheres¹⁶.

Em indivíduos com DM2, o uso de álcool deve ser analisado com cautela, uma vez que pode haver possível aumento de peso e riscos de hipoglicemia. Sabe-se que o álcool pode interferir em exames laboratoriais comumente realizados no controle do DM2. O consumo abusivo de álcool pode levar à formação de um derivado acetilado e interferir na dosagem da hemoglobina glicada (HbA1c) por alguns métodos, resultando em valores falsamente elevados. Além disso, nas 24 horas que sucedem a ingestão de álcool, ocorre redução dos níveis glicêmicos. Assim, pode-se obter um resultado subestimado em testes de glicemia. Pessoas com DM2, que fazem uso de antidiabéticos orais e concomitantemente álcool, podem apresentar hipoglicemia e o efeito dissulfiram^{17,18}.

O tabagismo foi relatado em ambos os gêneros. Contudo, a frequência de homens que relataram uso atual ou passado de tabaco foi três vezes maior do que em mulheres. Este dado de maior proporção de tabagismo entre os homens é semelhante ao descrito pela Pesquisa Nacional de Saúde de 2013, em que 18,7% dos homens e 10,8% das mulheres relataram ser fumantes¹⁹. Assim, ressalta-se a necessidade das equipes de saúde orientarem a população sobre a existência de programas contra o

tabagismo, os quais possuem ações para o controle e tratamento.

O convênio a planos privados de assistência à saúde foi maior entre as mulheres e as USFs foram os principais serviços de saúde utilizados para tratamento do DM2 por ambos os gêneros. Um estudo transversal de base populacional, em adultos com DM2 adscritos aos serviços de Atenção Primária à Saúde (APS) em Porto Alegre, Rio Grande do Sul, mostrou que cerca de 62% dos participantes da pesquisa referiram não possuir plano privado de assistência à saúde. Esta mesma pesquisa evidenciou que serviços com alto grau de orientação para a APS fornecem mais práticas e orientações preventivas relevantes ao manejo das complicações decorrentes do DM2 e atendem os indivíduos com doença mais avançada, de forma contínua. Além disso, os participantes da pesquisa avaliaram os serviços públicos como sendo de melhor qualidade nos aspectos relacionados à APS, do que os serviços privados²⁰.

Neste estudo foi evidenciado maior frequência de consultas médicas pelas mulheres para o controle do DM2. Outros relatos na literatura ressaltaram que as mulheres procuram mais pelos serviços de saúde, uma vez que são mais atentas aos sinais e sintomas, além de apresentarem melhor autocuidado^{6,7,8,21}.

Em ambos os gêneros, mais de 90% dos entrevistados relataram apoio familiar para tratamento do DM2. Sabemos que o tratamento do diabetes tem por base mudanças no estilo de vida com práticas alimentares adequadas, exercícios físicos regulares e o uso de medicamentos. O objetivo terapêutico é alcançado com o envolvimento da pessoa com DM2, sua família, serviços de saúde e comunidade^{18,22}.

Grande parte dos participantes deste estudo referiu não ter participado de grupos de promoção à saúde com o tema diabetes nas USFs. Contudo, verificou-se maior frequência entre os homens. Isso pode ser justificado pela existência de grupos específicos à saúde do homem em duas USFs estudadas e o tema diabetes ser frequentemente discutido entre os participantes^{23,24}.

A abordagem individual é essencial no tratamento do DM2 e estudos relataram que o tipo de profissional responsável por fornecer informações ao indivíduo com DM2 não parece influenciar nos resultados obtidos²⁵. A abordagem coletiva também é necessária para que as pessoas possam realizar o gerenciamento do DM2. As USFs são locais privilegiados para estas ações dentre os serviços de saúde^{23,24}.

O trabalho coletivo na APS não deve ser entendido somente como forma de suprimir a demanda. Mas como um ambiente que propicie a socialização, integração, apoio psíquico, trocas de experiências e de saberes e construção de projetos coletivos. O principal objetivo desses grupos é a educação em saúde com o desenvolvimento do empoderamento, da autonomia, da participação e responsabilização dos indivíduos^{26,27}.

A média de doenças autorreferidas associadas ao DM2 foi maior em mulheres que em homens. Isso pode ser atribuído ao fato das mulheres buscarem mais os serviços de saúde e conseqüentemente terem o diagnóstico das doenças precocemente^{4,7,8}.

Dentre as doenças citadas, a maior proporção referiu a Hipertensão Arterial Sistêmica e Dislipidemia. Este resultado é semelhante ao encontrado em um estudo que caracterizou idosos aposentados com DM2 que utilizavam um serviço de APS de Ribeirão Preto²⁸.

Também foi verificada elevada frequência de pessoas que referiram excesso de peso, sendo duas vezes mais frequente nas mulheres que nos homens. Um estudo que buscou descrever a evolução anual da prevalência de excesso de peso e obesidade na população adulta das 26 capitais brasileiras e o Distrito Federal entre 2006 e 2012 observou que a prevalência de excesso de peso na população adulta das cidades monitoradas aumentou de 43,2% em 2006 para 51% em 2012, sendo o incremento anual médio de 1,37% para o período. A prevalência da obesidade aumentou de 11,6% para 17,4%, com incremento anual de 0,89%. O aumento estatisticamente significativo na prevalência do excesso de peso foi observado em todas as cidades, nos dois sexos, em todas as faixas etárias e em todos

os níveis de escolaridade. Evolução semelhante foi observada para a obesidade²⁹.

A depressão também foi referida principalmente entre as mulheres (cerca de quatro vezes mais frequente do que os homens). Estudos relatam que a depressão é mais frequentemente declarada por mulheres, uma vez que os homens ainda apresentam um modelo hegemônico de masculinidade e consideram a depressão como sinônimo de fraqueza^{6,18,23}. Pesquisas associam sintomas depressivos a um pior controle glicêmico, a um aumento e maior gravidade das complicações clínicas, a uma piora da qualidade de vida e ao comprometimento de aspectos sociais, educacionais e econômicos associados ao DM³⁰.

Entre as limitações, ressalta-se que este estudo foi realizado em USFs que são locais de ensino, pesquisa e extensão universitária. Assim, sugere-se a realização de pesquisas em outras regiões do município para obter-se um panorama geral da relação cuidado em diabetes e gênero.

Conclusões

A maioria dos homens participantes deste estudo autorreferiram a saúde como muito boa/boa. Contudo, apresentaram maior consumo de álcool e tabaco. As mulheres com diabetes relataram maior número de doenças associadas, bem como maior frequência de consultas médicas para tratamento e controle da doença. Em ambos os gêneros, as unidades da Estratégia de Saúde da Família foram os principais locais para o acompanhamento do diabetes. Assim, os resultados aqui descritos, com foco nas singularidades dos gêneros contribuem para o planejamento das ações em diabetes, organização dos serviços e avaliação das políticas já implementadas.

Referências bibliográficas

1. Vos T, Barber RM, Bell B, Bertozzi-Villa A, Biryukov S, Bolliger I et al. Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 301 acute and chronic diseases and injuries in 188 countries, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013. *The Lancet*. 2015; 386:743-800.

2. Iser BPM, Stopa SR, Chueiri OS, Szwarcwald CL, Malta DC, Monteiro HOC et al. Prevalência de diabetes autorreferido no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24 (2): 305-314.

3. Rodrigues CL, Duarte YAO, Lebrão ML. Gênero, sexualidade e envelhecimento. *Saúde Colet*. 2009; 30: 109-112.

4. Goldenberg P, Schenkman S, Franco LJ. Prevalência de diabetes mellitus: diferenças de gênero e igualdade entre os sexos. *Rev Bras Epidemiol*. 2003; 6 (1):18-28.

5. Lebrão ML. O envelhecimento no Brasil: aspectos da transição demográfica e epidemiológica. *Saúde Colet*. 2007; 17: 135-147.

6. Couto MT, Gomes R. Homens, saúde e políticas públicas: a equidade de gênero em questão. *Ciênc Saúde Colet*. 2012; 17 (10): 2569-2578.

7. Gomes R, Nascimento EF, Araujo FC. Por que os homens buscam menos os serviços de saúde do que as mulheres? As explicações de homens com baixa escolaridade e homens com ensino superior. *Cad Saúde Públ*. 2007; 23 (3): 565-574.

8. Levorato CD, Mello LM, Silva AS, Nunes AA. Fatores associados à procura por serviços de saúde numa perspectiva relacional de gênero. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(4): 1263-1274.

9. Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa. Critério de Classificação Econômica Brasil. 2015, 6p.

10. Bush K, Kivlahan DR, McDonell MB, Fihn SD, Bradley KA. The AUDIT alcohol consumption questions (AUDIT-C): an effective brief screening test for problem drinking. *Ambulatory Care Quality Improvement Project (ACQUIP)*. *Alcohol Use Disorders Identification Test*. *Arch Intern Med*. 1998; 158 (16): 1789-95.

11. Ferreira MG, Valente JG, Gonçalves-Silva RM, Sichieri R. Alcohol consumption and abdominal fat in blood donors. *Rev Saúde Públ*. 2008; 42 (6):1067-73.

12. Schulz R, Mittelmark M, Kronmal R, Polak JF, Hirsch CH, German P et al. Predictors of perceived health status in elderly men and women. *The Cardiovascular Health Study*. *J Aging Health*. 1994; 6 (4): 419-447.

13. Machin R, Couto MT, Silva GSN, Schraiber LB, Gomes R, Santos Figueiredo W et al. Concepções de gênero, masculinidade e cuidados em saúde: estudo com profissionais de saúde da atenção primária. *Ciênc Saúde Colet*. 2011; 16(11): 4503-4512.

14. Moura EC, Santos W, Neves ACM, Gomes R, Schwarz E. Atenção à saúde dos homens no âmbito da Estratégia Saúde da Família. *Ciênc Saúde Colet*. 2014; 19(2): 429-438.

15. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância de Doenças e Agravos não Transmissíveis e Promoção de Saúde. *Vigitel Brasil 2014: vigilância de fatores de risco e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico*. Brasília: Ministério da Saúde, 2015. 152 p.

16. Garcia LP, Freitas LRS. Consumo abusivo de álcool no Brasil: resultados da Pesquisa Nacional de Saúde 2013. *Epidemiol Serv Saúde*. 2015; 24 (2): 227-237.

17. Jakobsen ML. Alcohol consumption among patients with diabetes: a survey-based cross-sectional study of Danish adults with diabetes. *Scand J Public Health*. 2016; 44 (5): 517-524.

18. Sociedade Brasileira de Diabetes. Diretrizes da Sociedade Brasileira de Diabetes 2015-2016. A.C. Farmacêutica, Rio de Janeiro, RJ, 2016. 348 p.

19. Malta DC, Andrade SCSA, Stopa SR, Pereira CA, Szwarcwald CL, Silva Júnior JB et al. Estilos de vida da população brasileira:

resultados da Pesquisa Nacional de Saúde, 2013. *Epidemiol e Serviq de Saúde*. 2015; 24(2), 217-226.

20. Gonçalves MR, Harzheim E, Zils AA, Ducan BB. A qualidade da atenção primária e o manejo do diabetes mellitus. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2013; 8(29): 235-243.

21. Guidoni CM, Borges APS, Freitas O, Pereira LR. Analysis of treatment of comorbidities and the profile of medical consultations for diabetes mellitus. *Ciênc Saúde Colet*. 2013; 18 (10): 3015-3022.

22. American Diabetes Association. Standards of medical care in diabetes 2016. *Diabetes Care*. 2016; 39 (1).

23. Oliveira REM, Fukui MSS, Batistella T, Silva JM, Ueta J. Uso de medicamentos por homens de uma Unidade de Saúde da Família. *Ciênc & Saúde*; 2016; 9(2): 63-69.

24. Poliselto C, Oliveira CM, Pavan M, Gorayeb R. Percepções de homens idosos sobre saúde e os serviços primários de saúde. *Rev Bras Med Fam Comunidade*. 2014; 9 (33): 323-335.

25. Grillo MFF. Efeito de diferentes modalidades de educação para o autocuidado a pacientes com diabetes. *Rev Assoc Med Bras*. 2013; 59 (4): 400-405.

26. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. Núcleo de Apoio à Saúde da Família. Brasília: Ministério da Saúde, 2014. 112 p.

27. Backes C, Kunzler IM. Impacto das atividades em grupo para a saúde do homem. *Esp para a Saúde*. 2016; 17 (2): 75-84.

28. Silva LMC, Palha PF, Barbosa GR, Protti ST, Ramos AS. Aposentados com diabetes tipo 2 na Saúde da Família em Ribeirão Preto, São Paulo - Brasil. *Rev Esc Enferm. USP*. 2010; 44(2): 462-468.

29. Malta DC, Andrade SC, Claro RM, Bernal RTI, Monteiro CA. Trends in prevalence of overweight and obesity in adults in 26 Brazilian state capitals and the Federal District from 2006 to 2012. *Rev Bras Epidemiol*. 2014; 17(Suppl1): 267-276.

30. Fraguas R, Soares SMSR, Bronstein MD. Depressão e diabetes mellitus. *Rev Psiquiatr Clín*. 2009; 36 (Suppl. 3): p. 93-99.

DATA DE SUBMISSÃO: 27/03/2017

DATA DE ACEITE: 21/05/2017